

COPIA



Ministerio Público de la Defensa

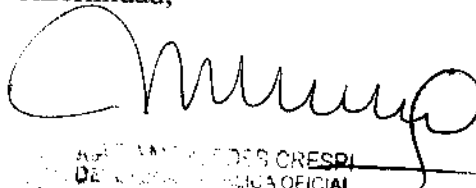
ACOMPAÑO COPIA DE ACTA Y DOCUMENTAL

Sr. Juez Federal N° 3:

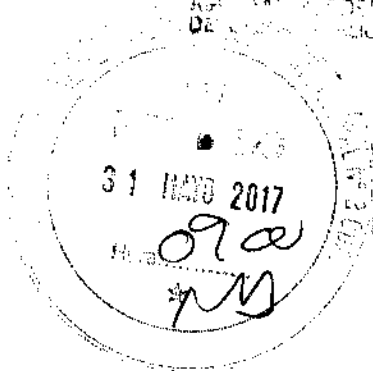
María Mercedes Crespi, Defensora Pública Oficial en
relación a los autos caratulados **"CRUZ, SILVIA MARCELA Y OTROS C/
MINISTERIO DE ENERGIA Y MINERIA DE LA NACION S/AMPARO
AMBIENTAL"** – EXPTE. **FCB 21076/2016** manteniendo el domicilio en autos
constituido, CUIL 27-22144076-0, comparezco y DIGO:

Que vengo por el presente a acompañar acta labrada en esta
Defensoría con fecha 29 de mayo de 2017, copias de DNI, historias clínicas y acta de
defunción, a los efectos que estime corresponder.

Provea de conformidad,



AG. AMAR. MERCEDES CRESPI
DEF. P. OFICIAL



USO OFICIAL



Ministerio Público de la Defensa

USO OFICIAL

En la Ciudad de Córdoba, a los 29 días del mes de mayo de 2017 comparecen por ante la Defensoría Pública Oficial, los Sres. José David Carballo, quien exhibe DNI. 35.573.591; Iris Abigail Jacob, quien exhibe DNI. 38.987.676, ambos domiciliados en Igarzabal 648, Barrio Parque San Antonio, Provincia de Córdoba. Abierto el acto, los comparecientes desean manifestar los inconvenientes de salud que han sufrido sus hijos como consecuencia del daño ambiental que está provocando la fábrica Porta Hnos y que se ventila en el marco de las actuaciones caratuladas **“CRUZ, Silvia Marcela c/ Ministerio de Energía y Minería de la Nación s/ amparo ambiental” (Expte. FCB 021076/2016)**, en trámite por ante el Juzgado Federal N°3. Abierto el acto, refieren los comparecientes que viven en pareja en el domicilio arriba indicado hace dos años, aun cuando expresa la Sra. Jacob que ella vive en el barrio hace veintidós. Refieren que viven a una cuadra de la fábrica de Porta Hermanos y, como consecuencia de la actividad que desarrolla esa fábrica, huelen los gases con fuerte olor nauseabundo, durante todo el día, pero que se sienten más fuertemente durante la noche. Hacen saber que el 7 de marzo de 2016 la Sra. Iris Abigail Jacob —estando embarazada— se sometió a una ecografía tocoginecológica que arrojó como resultado en el polo cefálico un “borramiento de la cisterna magna, con cerebelo en forma de “banana”, compatible con Chiari Tipo II”. En la raquis se observó “Rotoescoliosis malformativa, con alteración en la segmentación y formación de cuerpos vertebrales. Probable defecto de cierre a nivel lumbosacro, sugestivo de mielomeningocele”. Como consecuencia de ello, el 22 de marzo de 2016 se le realizó a la Sra. Jacob un Diagnóstico Prenatal Citogenético por diagnóstico ecográfico de mielomeningocele y pie bot bilateral, arribándose a la conclusión de “Cariotipo Femenino Normal en células de líquido amniótico”. Finalmente,

el 5 de julio de 2016 la Sra. Jacob dio a luz a su hija Olivia Carballo Jacob, quien desde su nacimiento debió estar internada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Privado con diagnóstico de Mielomeningocele, Malformación anorrectal, síndrome de distres respiratorio. Lamentablemente, la niña Olivia Milagros Carballo Jacob falleció el 28 de octubre de 2016 como consecuencia de un shock cardiogénico irreversible. A fin de acreditar los extremos invocados acompañan documentación. Destacan los comparecientes que a su hija se le realizó un estudio donde se determinó que la causa de su diagnóstico no era de origen genético. En tal sentido, se comprometen a acompañar copia del estudio realizado. Seguidamente, relatan los padecimientos que sufre su otro hijo, Santino David Carballo Jacob (DNI. 52.230.883, nacido el 7 de agosto de 2012). En tal sentido, refieren que el niño presenta antecedentes de broncoespamos desde los dos años de vida, y presenta un diagnóstico de Asma y Rinitis. Para atender tal cuadro de salud recibe tratamiento medicamentoso que acreditan con los certificados, cuyas copias se adjuntan a la presente. Consideran que tal malestar en la salud de su hijo tiene una estrecha relación con la emanación de los gases provenientes de la fábrica Porta Hermanos. Con lo que se dio por finalizado el acto, firmando los comparecientes, previa lectura y ratificación, después de mi. Conste.

Iris Jacob
IRIS JACOB
38987676

Jose David Carballo
355 73 59,1



PILAR M. PINTO KRAMER
Prosecretaria Letrada



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PÚBLICAS Y VIVIENDA



Apellido / Surname
CARBALLO

Nombre / Name
JOSE DAVID

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
10 OCT / OCT 1990

Fecha de emisión / Date of issue
27 MAR / MAR 2017

Fecha de vencimiento / Date of expiry
27 MAR / MAR 2032

Documento / Document
35.573.591

Trámite N° / Cl. Ident.
80482283058

7521

FIRMA IDENTIFICADORA SIGNATURE



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PÚBLICAS Y VIVIENDA



Apellido / Surname
JACOB

Nombre / Name
IRIS ABIGAIL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA B

Fecha de nacimiento / Date of birth
05 MAY / MAY 1995

Fecha de emisión / Date of issue
27 MAR / MAR 2017

Fecha de vencimiento / Date of expiry
27 MAR / MAR 2032

Documento / Document
38.987.676

Trámite N° / Cl. Ident.
0047881434

8718

FIRMA IDENTIFICADORA SIGNATURE



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE



Apellido / Surname
CARBALLO JACOB

Nombre / Name
SANTINO DAVID

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA B

Fecha de nacimiento / Date of birth
87 AGO / AUG 2012

Fecha de emisión / Date of issue
03 DIC / DEC 2013

Fecha de vencimiento / Date of expiry
03 AGO / AUG 2020

Documento / Document
52.230.883

Trámite N° / Cl. Ident.
00232873484

6714

FIRMA RESPI SIGNATURE



COPIA FIEL

Cr. A. Francisco Ranzazzo
Ministro del Interior

PULGAR

Ministro del Interior O. P.

PULGAR

<<<<<<<
<<<<<<<2
<<<<<<<<

Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

PULGAR

IDARG35573591<0<<<<<<<<<<<<<
9010107M3203226ARG<<<<<<<<<<<<2
CARBALLO<<JOSE<DAVID<<<<<<<<<

PACIENTE: JACOB, IRIS ABIGAIL

EDAD: 20 años

COBERTURA: APROSS

ANTECEDENTES: Control de embarazo.

MED. SOLIC.: DUARTE NATALIA

FECHA: 07/03/2016

ESTUDIO: 1076309.2

PRESTACIÓN SOLICITADA: Ecografía tocoginecológica.

PRESTACIÓN REALIZADA: Idem.

INFORME:

El examen ecográfico objetiva: Útero gestante con feto único, vital y móvil, de presentación indiferente y con 140 latidos cardíacos por minuto.

BIOMETRÍA FETAL

Diámetro biparietal de 4.1 cm para 18.3 semanas.

Perímetro cefálico de 16 cm para 18.6 semanas.

Perímetro abdominal de 15.6 cm para 20.6 semanas.

Longitud femoral de 3.3 cm para 20.5 semanas.

Edad ecográfica promedio de 20.1 semanas, según FUM 21.6 semanas.

MORFOLOGÍA

Polo cefálico:

Borramiento de la cisterna magna, con cerebelo en forma de "banana", compatible con Chiari tipo II.

Raquis:

Rotoescoliosis malformativa, con alteración en la segmentación y formación de cuerpos vertebrales.

Probable defecto de cierre a nivel lumbosacro, sugestivo de mielomeningocele.

Cara:

Ojos normales.

Tórax:

Pulmones de ecoestructura conservada. Cúpuas diafragmáticas bien individualizadas.

Corazón:

cuatro cavidades simétricas.

Página 1 de 2



Instituto

OULTON

Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio

Centro Privado Tomografía Computada Córdoba S.A.

Av. Vélez Sarsfield 562 - 5000 Córdoba - Argentina

Tel. (0351) 426-7700 - Fax. (0351) 426 7765

Centro de Turnos: (0351) 4267797

www.oultton.com.ar

Ap. digestivo:

Ap. urinario:

Miembros:

Pared abdominal normal. Hígado, bazo e intestino normales. Burbuja gástrica presente. Riñones de morfología y ecoestructura conservadas. Vía urinaria no dilatada. Vejiga presente. Superiores vistos. Pie bot bilateral.

ANEXOS:

Placenta:

Líquido amniótico:

Cordón umbilical:

Cuello uterino:

Posterior grado 0 de madurez.
En cantidad suficiente.
Normal, con tres vasos.
Cerrado y formado.

Cordialmente lo saluda.-

DRA. CAROLINA BOLLATI

M.P. 29057

CBO / CBO



Instituto

OULTON

Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio

Centro Privado Tomografía Computada Córdoba S.A.

Página 2 de 2

Av. Vélez Sarsfield 562 - 5000 Córdoba - Argentina
Tel. (0351) 426-7700 - Fax. (0351) 426-7765
Central de Turnos: (0351) 4267797
www.oultan.com.ar

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

(Para Inscripción en Registro Civil)

A. LUGAR DE OCURRENCIA

Nombre del Establecimiento: Hospital Privado
Calle: Naciones Unidas N°: 346 Barrio: Barrio Velaz Forfield
Localidad: Córdoba Departamento: Capital Pcia: Córdoba

B. DATOS DE LA MADRE

Apellido y Nombres: Jacob Iris Arigoi
Edad: 21 Doc. Ident. N°: 38.987.676 Nacionalidad: Argentina
Domicilio Habitual: Calle y N°: Igarzabal 648
Localidad: Córdoba Dpto: Capital Pcia. (País para Extranjera): Córdoba
Fecha de la última menstruación normal previa a este Embarazo: Día: 06 Mes: 10 Año: 2015

C. DATOS DEL NIÑO: Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: Día: 05 Mes: Julio Año: 2016 Hora: 16:11
Peso al Nacer (En gramos exactos): 3000 Semanas de Gestación: 37

D. DATOS DEL PROFESIONAL (Que asistió el Parto)

Apellido y Nombre: Estofan Lucas
Domicilio: Calle y N°: Naciones Unidas 346 Teléfono: 4688200
Localidad: Córdoba Departamento: Capital Pcia: Córdoba

Firma Profesional

Matrícula

Sello Prof.

Sello Establecimiento

OBSERVACIONES: Sr. Profesional, recuerde que este certificado debe ser confeccionado al finalizar la atención del parto, siendo Ud. responsable del mismo.-




Hospital Privado

Naciones Unidas 346, B° Parque Vélez Sarsfield, Córdoba
Tel: 4688200

Paciente: CARBALLO JACOB, OLIVIA (Edad: 0)
Historia clínica: 954448 Documento: DNM 38987676
Fecha nacimiento: 05/07/16

Dejo constancia que la paciente Carballo Jacob Olivia ingresa inmediatamente posterior al nacimiento a Servicio de Neonatología por diagnóstico de Mielomeningocele y permanece internada con necesidad de asistencia ventilatoria mecánica hasta el día de la fecha y sin fecha probable de alta por el momento.
Para presentar ante quien corresponda. Atte.

Córdoba, 07/07/16


MAIDANA M. ALEJANDRA
MEDICA
N° P. 38.909/9

Firma y sello

Dr.ª, MAIDANA, MARIA ALEJANDRA

Hospital Privado

Naciones Unidas 346, 8° Parque Vélez Sarsfield, Córdoba
Tel: 4688200

Paciente: CARBALLO JACOB, OLIVIA MILAGROS (Edad: 6 días de vida)

Historia clínica: 954448 Documento: DNI 55520178

Dejo constancia que la paciente Carballo Jacob, Olivia Milagros, de 6 días de vida, se encuentra internada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de este hospital desde su nacimiento el día 05/07/2016 con diagnóstico de Mielomeningocele, Malformación anorrectal, Síndrome de distres respiratorio, en estado crítico. En el día de la fecha presentó complicación aguda grave por lo que requirió intervención quirúrgica de urgencia: Laparotomía exploradora.
Para ser presentando ante quien corresponda.
Atte.

Córdoba, 11/07/2016

LUCRECIA BARDOSSY
MÉDICA
N.P. 3415

Firma y sello

Dr./a BARDOSSY, LUCRECIA INES

MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA

Av. Vélez Sarsfield 230a
Tel/Fax: 4088635

Acta N° Fecha N°
Tomo Serie

El suscrito Dr. GARCIA SILVA certifica haber comprobado el fallecimiento
de CARLOS JACOB OLIVERA de 3 años de edad, domiciliado en
Calle Ignazabal 648 Localidad CORDOBA D.J. 55520178
Fecha y hora del deceso 28 de octubre de 2015 23:50 hs
Causa inmediata de la muerte SHOCK CARDIOGENICO IRREVERSIBLE

Firma del médico
Dra. SILVIA GARCIA SILVA
M.E. 26023/0 - M.E. NEO 11833
M.E. C.R. 11833
Matrícula

INFORME ESTADISTICO DE DEFUNCION (datos suministrados por el médico estadístico, de acuerdo a la Ley Nacional 17622)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de Inscripción Día Mes Año
2 Departamento a Partido
3 Delegación a Registro Civil Número
4 Tomo Folio Acta

DATOS DE LA DEFUNCION (sólo para fines estadísticos y a ser llenado por el médico certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad e lesión que le condujo a la muerte? SI 1 ☒ NO 2 ☐ → Pasar a Preg. 7

6 ¿Le atendió el médico que suscriba? SI 1 ☒ NO 2 ☐

7 CAUSA DE LA DEFUNCION
i) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.
Causas antecedentes
Estados marabes, al existir alguno, que le produjo la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica
ii) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición marabes que la produjo

a) SHOCK CARDIOGENICO IRREVERSIBLE
b) DEBIDO A LO COMMO CONSECUENCIA DE:
ARRITMIA (BRADICARDIA SEVERA)
c) ARRIBA (D COMMO CONSECUENCIA DE):
ALTERACIONES Y ACIDOSIS METABOLICA
MULTIPLES PATOMORFOSIS

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte: 24 hs

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)
a) Indicar si fue por: accidente 1 ☐ Suicidio 2 ☐ Homicidio 3 ☐ Se ignora 4 ☐
b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias e situación en que ocurrió como por ejemplo: caída de andamio, herido de arma de fuego, intoxicación por psicofármacos, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante o pasajero, etc.
c) Lugar donde ocurrió el hecho

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 15 A 45 AÑOS CUMPLIDOS
Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? SI 1 ☐ NO 2 ☐ → continuar abajo
Se ignora ☐

Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

DATOS DEL FALLECIDO (pedrá ser cumplimentado por el Registro Civil)

Apellido/s CARBALLO Nombre OLIVERA
10 Fecha de la defunción Día Mes Año 28/10/2015 11 Fecha de nacimiento Día Mes Año 05/07/2012

12 Edad al momento del fallecimiento (describir dónde corresponde).
Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años: 3 Años
Si la edad es de 1 año, pero menos de un año consignar solo meses y días: 123 Meses 123 Días
Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos: 123 Horas 123 Minutos

13 Sexo Masculino ☐ Femenino ☒ Indeterminado ☐

14 Ocurrió...
1. Establecimiento de salud pública ☐
2. Establecimiento privada, obra social, etc. ☒
3. Vivienda (domicilio) particular ☐
4. Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.) ☐ → Pasar a Preg. 15

Nombre del establecimiento: HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

15 Domicilio donde se produjo: calle y N° / Barrio / Ruta y Km. NACIONES UNIDAS 346
Localidad / paraje: CORDOBA Departamento a Partido: CAPITAL
Provincia o país (para extranjeros): CORDOBA

16 Vivía habitualmente en: calle y N° / Barrio / Ruta y Km. Ignazabal 648
Localidad / paraje: CORDOBA Departamento a Partido: CAPITAL
Provincia o país (para extranjeros): CORDOBA

17 Pertenencia a establecimiento: (si el fallecido es menor de 1 año, completar con los datos de la madre).
Obra Social 1 Plan de salud privada o mutual 2 Ambos 3 Ninguno 4

HOSPITAL PRIVADO S.A.
Centro Médico de Ciénega

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS

DATOS DEL FALLECIDO

18 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponde, una sola casilla)						
* Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>			* S.E. Reformado	Incompleto	Completo
* S.E. No reformado	Incompleto	Completo		* Ciclo EGB (1° y 2°)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		* Ciclo EGB (3°)	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		* Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
* Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>				
19 ¿Cuál era su situación laboral?			20 ¿Cuál era su ocupación habitual?			
* Trabajaba o estaba de licencia			02 <input type="checkbox"/>			
* No trabajaba			04 <input type="checkbox"/>			
Buscaba trabajo			06 <input type="checkbox"/>			
No buscaba trabajo						

SOLO PARA FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

MADRE	21 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponde, una sola casilla)						
	* Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>			* S.E. Reformado	Incompleto	Completo
	* S.E. No reformado	Incompleto	Completo		* Ciclo EGB (1° y 2°)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
	Primaria	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		* Ciclo EGB (3°)	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
	Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input checked="" type="checkbox"/>		* Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
	* Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>				
22 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)		23 ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)		SI <input checked="" type="checkbox"/> → Responder Preg. 24, 25 y 26 Con los datos del padre exclusivamente			
Años 12		NO <input type="checkbox"/> → Pasar a Preg. 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente					

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

PADRE	24 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponde, una sola casilla)						
	* Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>			* S.E. Reformado	Incompleto	Completo
	* S.E. No reformado	Incompleto	Completo		* Ciclo EGB (1° y 2°)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
	Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		* Ciclo EGB (3°)	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
	Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input checked="" type="checkbox"/>		* Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
	* Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>				

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

PADRE / MADRE	25 ¿Cuál era su situación laboral?		26 ¿Cuál era su ocupación habitual?	
	* Trabajaba o estaba de licencia		01 <input checked="" type="checkbox"/>	
	* No trabajaba		02 <input type="checkbox"/>	
Buscaba trabajo		03 <input type="checkbox"/>		
No buscaba trabajo				
		EN PLANTA TELEFONICO		

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Solo para fallecidos que no tienen 1 año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO

27 ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? - Gramos 3100		28 ¿Cuál fue su peso al morir? - Gramos 6100	
29 Nació de un embarazo...		30 ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?	
* Simple 1 <input checked="" type="checkbox"/> → Ir a la pregunta siguiente		Semanas completas 11	
* Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → el que produjo		Niños vivos 1	
defunciones fatales			
31 ¿En qué fecha comenzó la última menstruación normal previos el embarazo de este niño?		32 ¿Cuántas defunciones fatales?	
Día Mes Año 12 11 1991		01	
33 ¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo?		34 ¿Cuántas defunciones fatales?	
Embarazos 102		01	

PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL INFORME

Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Apellido y nombre: GALLETI SILVIA	Matrícula Profesional N° 2.682.315	Firma: SILVIA GALLETI M.P. 2.682.315 M.P. CL.P. 1192
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Domicilio Profesional: Calle: MARCONI UNDAJ	N° 246	
	Localidad:	Tel.:	

HOSPITAL PRIVADO S.A.
Centro Médico de Ciénega



Solicitud de acta de defunción

Lugar y Fecha: Cordoba. 30/10/2016

Para trámites solicite en el Registro Civil su Acta de Defunción.

Fallecido: Carballo Jacob Olivia Milagros

DNI : 55520178

Diagnostico: SHOCK CARDIOGENICO IRREVERSIBLE

Lugar Fallecimiento: HIOSPITAL PRIVADO

Fecha Fallecimiento:

Acta: 3877 **Tomo:** 13 **Serie:** A **Folio:** 277

Cementerio TIERRA - PARQUE AZUL

CLINICA Y MATERNIDAD
 Bv. Chacabuco 705
 Nueva Córdoba
 Tel.: (0351) 5680600 / 4266500
 Centro de Atención Ambulatoria
 Pediatría y de Especialidades
 Obispo Oro 344 - Nueva Córdoba
 www.clinicadelsol.com.ar

SERVICIO DE NEONATOLOGIA Y PEDIATRIA
CLINICA Y MATERNIDAD
 Dr. María Espósito
 Dr. Antonio Espósito
 Dr. Jorge Demaría
 Dr. Héctor De Urarte
 Dr. Claudia Gedda

CLINICA Y MATERNIDAD
 Bv. Chacabuco 705
 Nueva Córdoba
 Tel.: (0351) 5680600 / 4266500
 Centro de Atención Ambulatoria
 Pediatría y de Especialidades
 Obispo Oro 344 - Nueva Córdoba
 www.clinicadelsol.com.ar

Jacob Jacobo

106020300802

Testamento
 (30 años)

Intestable

1 vez c/ 7 días en
 el bazo
 5 semanas
 \$ 450;

Gota
 \$ 500

Spot

Todos los
 días, de 10 a 12
 de la tarde
 \$ 170
 normalmente

5 semanas

Miércoles

Jueves
 16:30 hs
 20 hs

\$ 620.
 \$ 450
 \$ 170
 4 semanas

Cory

www.clinicadelsol.com.ar

Turnos web: www.clinicadelsol.com.ar
 Turnos tel.: 0810-555-CSOL (2765)

Turnos web: www.clinicadelsol.com.ar
 Turnos tel.: 0810-555-CSOL (2765)

Bv. Chacabuco 687

Planta de medicina
crónica

Fluticasone bronquial
 225 mcg

Fluticasone nasal

Montelukast 4 mg
 1 comp. masticable
 c/ 24 hs (noche)
Cetirizina

10 pots x 24 hs
x 15 días

Turnos web: www.clinicadelsol.com.ar
 Turnos tel.: 0810-555-CSOL (2765)

**CLINICA Y
MATERNIDAD**

Bv. Chacabuco 705
Nueva Córdoba
Tel.: (0351) 5680600 / 4266500
Centro de Atención Ambulatoria
Pediátrica y de Especialidades
Obispo Ora 344 - Nueva Córdoba
www.clinicadelsol.com.ar

Rb/

Fluticasona bronquial

1 disparo a la mañana
y 1 disparo a la noche

Fluticasona nasal

1 disparo en cada
fosa nasal c/ 24 hr.

Solutorio

2dp cada 6 H

17
11
13

Turnos web: www.clinicadelsol.com.ar

Turnos tel.: 0810-555-CSOL (2765)



Bv. Chacabuco 687
Nueva Córdoba

[Handwritten signature]

2d p code 84 $\frac{-s}{1D}$

Clonitronica 250

4,5 cc code 12H x 10d

1. Información del beneficiario

Afiliado N° Fecha: 12 / 05 / 13
 Apellido y Nombre: Sexo: F ☐ M ☒
 Número de documento: Fecha de Nacimiento: / /
 Dirección: Provincia: Localidad:
 CP: Teléfono: Email:

2. Profesional responsable del tratamiento

Apellido y Nombre: Dra. Varela Telma
 Teléfono: 5680600 Institución: clm del 21 Localidad: Cordoba (Cmb)
 Especialidad: Alergia Prolit. MP: 29692/6ME: 1315 Email: tv.varela@yclos.cba.gov.ar

3. Empadronamiento

Inicio ☒ Cambio ☐

TIPO DE EMPADRONAMIENTO (Seleccione lo que corresponda)

Cardiovasculares - HTA	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/>
Terapia del Dolor	<input type="checkbox"/>	Trasplantados	<input type="checkbox"/>
Endocrinológicas-Hormona del Crecimiento	<input type="checkbox"/>	Trastornos Inmunológicos	<input type="checkbox"/>
Neurológicas Crónicas	<input type="checkbox"/>	Oncología-Hematología	<input type="checkbox"/>
Trastornos Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Pulmonares Crónicas	<input checked="" type="checkbox"/>

Otras (especificar): asma - Rinitis

4. Datos complementarios

Peso: 28 kg Talla: 1.74 m BMI: Sup. Corporal: PS:

5. Diagnóstico

Asma - Rinitis Estadio

Anatomía Patológica

Inmunohistoquímica

Breve Resumen de Historia Clínica

Paciente de 40 años de edad con antecedente de broncoespasmos desde los 20 años sin repercusión con manifestación clínica durante todo el año.

Se realiza LMT 22/08/16 T9E986 F TA 98 TA 6875 DT 118
 Prolit 1st 07/01/15 (+) Hoya. Incurando inmunoterapia 10/01/17

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

6. Complementarios al diagnóstico (Seleccione lo que corresponda)
Tenga en cuenta que deberá adjuntar la/s copia/s del/los informes de lo que seleccionó.

	SI	NO		SI	NO
Por la clínica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEC-TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de Laboratorio Habituales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de Laboratorio Complejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o-fetoproteína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomografía A.C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CA 19-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resonancia Nuclear Mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CA 125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espirometría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RFG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densitometría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centellograma Óseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Tratamiento indicado y/o plan terapéutico

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	DOSIS m2	DOSIS DÍA	DÍAS DE TRATAMIENTO	NÚMERO DE CICLOS
Flutwong	qoral 125	1 x 1	12susp end 17H	3mafox	
Flutwong	spray nl 1200	1 x 1	10p en la	3mafox	
Sellwkwol	qoral 100	Segun necesidad			

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente. La documentación de respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoría de la APROSS.

Firma y Aclaración del Paciente

Firma y Sello del Médico Tratante
(Incluir matrícula de especialista en caso de corresponder)

ADJUNTAR AL FORMULARIO:
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA. (NO INFORMATIZADA)
FOTOCOPIA DE CARNÉ.
FOTOCOPIA DE INFORME DE ESTUDIOS QUE DEMUESTREN LA
PATOLOGÍA QUE PADECE EL/LA AFILIADO/A.
LOS DATOS SON OBLIGATORIOS Y SU AUSENCIA IMPIDE EL
TRÁMITE DE EMPADRONAMIENTO

ESTA SOLICITUD DE COBERTURA SERÁ
PROCESADA SIN EXCEPCIÓN CUANDO SE
CUMPLIMENTEN TODOS LOS REQUISITOS
MÉDICOS Y AFILIATORIOS SOLICITADOS.

